Aus dem pathologischen Institut zu Kiel.

Yale Medical Library

Ein Fall von Eröffnung der Vena anonyma durch ein Gumma.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Hans Stoecklin,
approb. Arzt aus Colmar i. Els.

Kiel.
Druck von Schmidt & Klaunig
1894.

Aus dem pathologischen Institut zu Kiel.

Ein Fall

von

Eröffnung der Vena anonyma

durch ein Gumma.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Hans Stoecklin,
approb. Arzt aus Colmar i. Els.

Kiel.
Druck von Schmidt & Klaunig
1894.

Nr. 32.
Rektoratsjahr 1894/95.

Referent Dr. **Heiler**.

Zum Druck genehmigt

Quincke,
p. t. decanus.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0147

Unter den verschiedenen Erkrankungsformen der Syfilis nimmt das Gumma, das hauptsächlichste Symptom der tertiären und congenitalen Syfilis einen hervorragenden Platz ein.

Hierbei ist die richtige Diagnose für den Patienten von eingreifender Wichtigkeit, da nur diese zur Heilung führen kann und etwaige Verwechselung mit anderen Geschwülsten dem Träger leicht verderblich wird. Wie schon die späte Erkennung ihrer Natur[1]) zeigt, ist ihre Diagnose schwierig, wenn keine weiteren Anhaltspunkte für Syfilis vorhanden sind.

Die Localisation der Gummata nun ist, wie die aller Symptome der Syfilis, eine sehr manigfaltige.

Die hauptsächlichsten Fundorte derselben sind:

Von den parenchymatösen Organen besonders die Leber und die Hoden.

Die gesammte Muskulatur; von einzelnen Muskeln, die bevorzugt werden, sind zu nennen der sternocleidomastoideus, der trapezius, glutaeus, die Muskeln des weichen Gaumens und der Zunge, der Herzmuskel.

Bei den Knochen werden stets nur solche Partien befallen, die hervorragen und nur mit Haut bedeckt sind, so der Schädel, das Schlüsselbein, das Schienbein u. ähnl. Relativ selten werden die nervösen Organe befallen und dann besonders das Gehirn.

Die grosse Seltenheit des Vorkommens von Gummata in den Blutgefässwänden gestattet es wohl, die in der Literatur vorhandenen Fälle kurz anzuführen.

Wagner[2]) referirt über einen Fall, wo durch ein bohnengrosses Gumma eines Pulmonal-Arterien-Astes eine hochgradige Stenose zustande kam, die den Tod des Patienten herbeiführte.

---

[1]) Bouisson beschrieb sie zuerst. Gaz. méd. de Paris, 1845 Juillet.

[2]) Wagner, Archiv für Heilkunde Band 7.

In einem anderen Falle fand Wagner Gummata in Form von glatten, auf dem Durchschnitte grau-rötlichen weichen Knötchen. Virchow[1]) beschreibt ein kleines, hartes, bläuliches Knötchen dicht über den Klappen der Arteria pulmonalis, das er bei einem syfilitischen Individuum fand; ferner bei einem syfilitischen, 19 Jahr alten Mädchen eine feine, warzige Eruption auf den Pulmonalklappen und dem anstossenden Teile der Pulmonal-Arterie. Baumgarten[2]) berichtet über 3 Fälle, in denen er bei grösseren Hirngefässen gummöse Neubildung fand.

Das Gumma entwickelt sich oft mit sehr geringen Entzündungserscheinungen als ein scharf umschriebener, rundlicher oder abgeplatteter, glatter Knoten, der gewöhnlich langsam wächst.

Daher verursachen auch Gummata ihrem Träger entweder gar keine oder nur sehr geringe Beschwerden, es sei denn, dass das Gumma einen Nerven selbst befallen hat oder einen solchen comprimirt.

Ist der Sitz der Neubildung in wichtigen Organen, so können die Functionsstörungen sehr erheblich werden.

So z. B. wenn das Herzfleisch befallen ist, wodurch die Muskeltätigkeit bedeutend beeinträchtigt werden kann oder bei Gehirngummata, die oft zu sehr schweren Störungen führen.

Durch grosse Gummata kann es zur Compression wichtiger Organe kommen, wodurch dann starke Beschwerden hervorgerufen werden, so bei Compression der Trachea starke Athembeschwerden.

Das Gumma zeigt keinen charakteristischen Befund, sodass zur genauen Diagnose stets der übrige Befund in Betracht gezogen werden muss.

Es besteht das Wesen des Gummas in einer starken Rundzellen-Infiltration, die allmählich in eigentliches Granulationsgewebe mit neuen Gefässen übergeht.

In Betreff ihres Zellreichtums kann man zweierlei Arten von Gummata unterscheiden. Erstens solche von zellarmem Gewebe,

---

[1]) Virchow. Virchow Archiv Band 15.

[2]) Baumgarten. Archiv der Heilkunde 1875. Virchow Archiv Bd. 73 u. 76.

diese fühlen sich weich an und zeigen auf dem Durchschnitte ein gummiartiges Aussehen, da bei dieser Form der Flüssigkeitsgehalt überwiegt. Die zweite, zellreichere Form, die besonders in parenchymatösen Organen und Muskeln vorkommt, bildet mehr grau- bis graurötliche, teils kuglige, teils unregelmässig gestaltete Knoten. Meist ist auch die Umgebung dieser Gummata stark infiltrirt und zeigt entzündliche Veränderungen.

Kleine Gummata werden meist bei richtiger Behandlung rasch zur Resorption gebracht.

Bei grösseren dagegen tritt oft Eiterung oder fettiger und nekrotischer Zerfall ein, dabei bilden sich im Innern der Knoten käsige Herde von entweder runder oder unregelmässiger Gestalt. Der Grund des Zerfalls und der Verkäsung liegt in den schlechten Ernährungsverhältnissen der Neubildung und der mehr oder weniger entzündeten Umgebung. Es besteht in diesen Fällen meist eine starke syfilitische Endarteritis, durch welche in Folge der starken Verdickung der Intima fast gänzliche Obliteration der ernährenden Arterien zu Stande kommen kann. Oft erstreckt sich der Zerfall nicht nur auf die eigentliche Neubildung, sondern auch auf die entzündlich infiltritre Umgebung. Hierbei können wichtige Organe in den Bereich des Zerfalls eingezogen und so die Patienten in Lebensgefahr gebracht werden. Besonders gilt dies für die Blutgefässe, die meistens schon durch die oben erwähnte Endarteritis syfilitica sehr geschädigt und daher weniger widerstandsfähig sind. Derselben Gefahr sind auch die Speiseröhre und Luftröhre ausgesetzt.

Fälle jedoch, in denen Blutgefässe durch ein zerfallendes Gumma der Umgebung zerstört worden sind und dadurch Verblutungstod des Patienten eingetreten ist, gehören zu den grössten Seltenheiten. Ich konnte in der Litteratur nur folgenden Fall auffinden.

Er ist von Verneuil[1]) beobachtet und beschrieben.

[1]) Verneuil, Tumeurs gommeuses de la région inguinale. Arch. genéral de méd. Octobre 1871.

Es handelt sich um alte Syfilis bei einem 53jährigen Manne, bei welchem eine Nekrose des linken Fersenbeins erfolgte, welche die Extraction eines Sequesters und dann die Amputation des Unterschenkels notwendig machte. Gute Heilung. Nach 6 Monaten Bildung einer Geschwulst in der Leistengegend, welche wegen ihrer Erweichung eröffnet wird, worauf sich eine um sich greifende Ulceration einstellt, die zur Blosslegung der Arteria femoralis führt. Berstung derselben; Verblutung. Die Section ergab, soweit sie uns hier interessirt, folgenden Befund. Vor der Section machte Verneuil die Ligatur der Arteria femoralis wie am Lebenden, die Arterienscheide war sehr dick, speckartig, fast an die Wandung angelötet. Es fand sich keine Geschwulst an oder unter der Haut, keine Drüsenschwellung an anderen oberflächlichen Körpergegenden. Selbst in den linken fossa iliaca keine Spur von Entzündung in der Nähe der geschwollenen Drüsenhaufen. In der Inguinocruralgegend communicirt die Ulceration durch eine schmale Öffnung mit einer geräumigen, in den tiefen Schichten des Unterhautzellgewebes befindlichen Höle, aus welcher auf Druck eine Synovia ähnliche, fadenziehende Flüssigkeit emporquillt. Eine Incision zeigt, dass diese Höle den Mittelpunkt einer abgeplatteten Geschwulst bildet, deren Achse mit der Scheide der Schenkelgefässe parallel ist. Die Länge derselben beträgt 5 cm, die Breite 2 cm, die Dicke 2 cm. Die Geschwulst war im Leben wegen ihrer tiefen Lage und flachen Gestalt nicht erkannt worden. 2 cm tiefer findet man in demselben Verhältnisse zur Aponeurose und der Schenkelgefässscheide eine zweite ganz ähnliche Geschwulst nur kleiner und weniger erweicht.

Bei dieser grossen Seltenheit solcher Fälle lohnt es sich den folgenden Fall aus dem pathologischen Institute zu Kiel einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Es handelt sich um das Mädchen Maria R., 17 Jahr, das am 17. August 1892 in die Chirurgische Klinik zu Kiel aufgenommen wurde und am 27. August 1892 daselbst verstarb.

Anamnestisch ergiebt sich, dass Patientin im October 1891 und Frühjahr 1892 wegen erbsen- bis taubeneiergrosser, teilweise

verkäster, teilweise entzündlich geschwollener Drüsen operirt wurde. Eltern angeblich stets gesund. Von zwölf Geschwistern neun in den ersten Monaten gestorben. Patientin leidet schon längere Zeit an starkem Husten, der besonders Nachts beim Liegen unstillbar ist.

Der Befund ist wie folgt:

An der linken Seite des Kopfes unter dem Ohre zwei parallele Granulationsnarben, 4,5 und 8 cm lang; zwei Finger breit unter dem Ohre kleine Narbe, in der Hals-Schulterbeuge grössere Narben. Vor dem linken Ohre sieht man ein mit wallartigen Rändern umgebenes, eiterndes Geschwür von halbkreisförmiger Gestalt, das schon das äussere Ohr angenagt hat. Die ganze linke Backe ist geschwollen. Am manubrium sterni am Ansatze des rechten sternocleidomastoideus sehr harter Tumor, der sich bis auf den sternocleidomastoideus verfolgen lässt und mit diesem sowohl, wie mit dem sternum verwachsen ist. Beim Drehen des Kopfes folgt derselbe den Bewegungen des sternocleidomastoideus. In der Längsachse misst der Tumor 9 cm, in der grössten Querachse 4,5 cm. Die Haut darüber ist verschieblich. Durch Druck auf die Trachea ist die freie Respiration gehindert und durch diesen Reiz permanenter Husten hervorgerufen. Patientin hat einen lauten Stridor. Lungenbefund ergiebt zahlreiches Rasseln. Über dem Sternum ausgebreitete Dämpfung, welche auf ein mediastinales Gumma, durch dessen Druck auf die Trachea Atembeschwerden hervorgerufen sind, gedeutet wird. An den Genitalien nichts verdächtiges zu finden.

Die Diagnose wurde gestellt auf:

Hereditäre Luës. Gummata der Hals- und Mediastinaldrüsen, ferner Gumma des Kopfnickers mit Compression der Trachea.

Therapie: Energische Schmierkur mit gleichzeitiger Anwendung von Jodkali.

Verlauf war folgender:

17. 8. Schmierkur begonnen. 19. 1 gr Jodkali. 20. 8. Patientin nimmt täglich 5 gr Jodkali und bleibt dabei, da Schnupfen und Kopfschmerz eingetreten ist. Die Atemnot ist rapid geschwunden,

der Stridor ebenfalls. Patientin wirft eitriges Sputum aus. Subjectives Wohlbefinden.

26. 8. Nachts bekommt Patientin geringe Haemoptoe. Es fällt dabei die dunkle Farbe des Blutes auf. Über beiden Spitzen reichliches Rasseln, in den untern Lungenpartien weniger. Verordnet wurde: Ruhige Rückenlage, Eisbeutel auf beide Spitzen. Aq. amygdal. und morphin hydrochl. gegen den Hustenreiz.

27. 8. Nachts. Patientin hat plötzlich eine kolossale Haemoptoe. Der herbeieilende Arzt findet sie tot in einer grossen dunkel-venösen Blutlache.

Verbraucht wurden 35 gr graue Salbe, 50 gr Jodkali.

Die 7 h. p. m. gemachte Section im hiesigen pathologischen Institute[1]) ergab folgenden wesentlichen Befund:

Starke Blutung in die Luftwege, in den Magen und nach aussen.

Ausgedehnte Zerstörung der Luftröhrenwand durch zerfallende Gummamassen.

Eröffnung der vena anonyma sinistra in die Zerfallshöle.

Obliteration der vena anonyma sinistra an der Mündung in die cava superior durch Gumma.

Ausgedehnte gummöse Infiltrate um beide Schlüsselbeine und die 1. Rippe.

Gummata in Leber, Milz, Nieren.

Zahlreiche Narben am Halse.

Der ausführlichere Befund, soweit er für uns von Interesse ist, lautet:

Weibliche Leiche, Haut sehr blass ohne Totenflecke, starke Starre. Unterhautgewebe ziemlich fettreich, Muskeln gut entwickelt, blass. An Mund und Nase reichlich angetrocknetes Blut.

Brust:

Lungen nur an einzelnen Stellen angewachsen, sehr aufgetrieben, nicht einsinkend. In den Hölen etwas klares Serum; Pleuren sehr blass. An der pleura pulmonalis an zahlreichen Stellen dunkelrote Flecken. Auf dem Durchschnitt Lungengewebe

[1]) S.-Nr. 543. 1892.

grösstenteils lufthaltig, sehr bleich, stark gleichmässig emfysematös von zahlreichen dunkelroten, luftleeren Herden (Blutaspirationen) durchsetzt.

Im Herzbeutel reichlich klares Serum, Herz normal gross, aussen mässig fettreich, sehr blass, Hölen zusammengezogen enthalten lockeres Fibringerinnsel; Muskulatur des Herzen blass-braun. Klappen zart, Aorta mässig weit mit vereinzelten gelblichen Flecken der Intima.

Vena cava superior normal weit, die Mündung der vena anonyma sinistra in die vena cava verschlossen durch einen derben, auf dem Durchschnitt derben Käse einschliessenden Knoten, von welchem ein etwa kleinerbsengrosser Höcker die intima der vena in die Lichtung vortreibt.

Hals:

Das gesammte Bindegewebe ist dichter anzufühlen mit zunehmender Dichte nach unten, unter der clavicula und der 1. Rippe beiderseits sehr fest und derb, ebenso im vorderen Mediastinum und um die Trachea derb, überall im inneren mit trüben gelben, sehr derb elastischen Massen. Schleimhaut überall blass. Die Mandeln sind gross, sehr blass.

Die Luftwege enthalten blutig gefärbten Schleim und Blutgerinnsel.

Die Trachealwand ist in der Mitte etwas gegen links hin in der Länge von etwa 5 cm und Breite von 1—1,5 cm völlig in unregelmässiger Begrenzung zerstört. In der Mitte zieht noch eine schmale Brücke über den Substanzverlust hin. Durch die Öffnung gelangt man in einen vor der Trachea liegenden, nach allen Richtungen hin grösseren Raum, der mit Blut und Blutgerinnsel gefüllt ist. Seine Wand ist unregelmässig begrenzt von derbem, elastischem Gewebe, von welchem einzelne, fast ganz losgelöste, derbe Käsemassen in die Höle hineinragen.

Oben mündet unmittelbar die Vena anonyma sinistra in die Höle hinein.

Tracheal- und Bronchialdrüsen gross, von derbem Gewebe umgeben mit käsigen, derben Massen im Innern.

Gummata in Leber, Milz und Niere.

Das Präparat stand mir leider nicht zur Verfügung, da es durch ein Versehen nach der Section beseitigt wurde, sodass ich auf eine nähere Untersuchung desselben verzichten musste. Die Richtigkeit der Diagnose, dass es sich um eine syfilitische Affection handle, ergiebt sich aus dem Erfolge der Therapie; unter der Jodkali- und Schmierkur-Behandlung verkleinerte sich die Geschwulst sehr rasch, sodass die Compressions-Beschwerden gänzlich schwanden. Auch die Section ergab noch kleinere Gummata in Niere und Leber.

Verhängnisvoll für die Patientin war die allmählich eintretende Verkäsung und Erweichung des Gummas.

Dieser Ausgang ist bei Muskelgummata öfters beobachtet.

Die Erweichung erstreckte sich hierbei auf alle Teile des Gummas und auch auf die stark infiltrirte Umgebung desselben. Dadurch kam es zur teilweisen Zerstörung der ergriffenen Wandungen der Trachea und der Blutgefässe.

Für das am 25. August zuerst beobachtete eitrige Sputum liess sich bei der Section keine sichere Quelle nachweisen; es lässt sich annehmen, dass gerade an diesem Tage die Perforation der Trachea begann und so der Eiter aus dem Gumma stammte. Möglich jedoch ist auch, dass die durch den heftigen Reiz in der Umgebung hervorgerufene starke Tracheitis das Sputum zu Stande brachte.

Es könnten auch beide Möglichkeiten gleichzeitig bestanden haben.

Durch die Öffnung in der Trachea bestand nun eine Communication mit der Aussenwelt, wodurch der Zerfall des Gummas noch begünstigt wurde. Man muss nun annehmen, dass durch den rasch fortschreitenden Zerfall kleine Venen zerstört wurden, sodass es am 26. August zu einer kleinen Haemoptoe kam, die jedoch bald sistirt wurde. Am 27. August kam es dann zur Anätzung der Vena anonyma und zu deren Perforation, da ihre geschwächten Wandungen den Druck nicht mehr auszuhalten

im Stande waren. Die Zerstörung eines so grossen Gefässes musste unbedingt den Tod herbeiführen.

Eine andere jedoch unwahrscheinliche Deutung wäre, dass nämlich schon am 26. August bei der geringeren Haemoptoe die Zerstörung der Venenwand eintrat, die Öffnung jedoch durch die Käsemasse tamponirt worden sei, bis dass am 27. August dann durch irgend eine Ursache der Tampon gelöst worden sei, sodass das Blut frei ausströmen konnte.

Erwähnenswert an dem soeben besprochenen Falle ist noch, dass es sich dabei um eine sehr seltene Ursache der Perforation der Trachea handelt.

Perforation röhrenförmiger Organe, wie die Trachea und des Oesofagus durch tiefgreifende Geschwüre, Vereiterung von benachbarten Drüsen, durch übergreifende Krebswucherung u. ähnl. sind nicht gerade selten.

Dass es jedoch durch ein zerfallendes Gumma der Umgebung zur Perforation der Trachea gekommen wäre, ist nicht beobachtet.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Heller meinen innigsten Dank für die Überlassung der Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung bei deren Anfertigung auszusprechen.

Vita.

Ich, Hans Ludwig Stoecklin, bin geboren zu Neuilly s. Seine am 18. Juli 1866. Ich besuchte zuerst das Lyceum zu Colmar i. E., dann das Gymnasium zu Mülhausen i. E., wo ich Herbst 1887 das Maturitätsexamen bestand. Darauf studirte ich in Kiel, Bonn, Würzburg, wo ich Herbst 1889 das tentamen physicum absolvirte; in Strassburg genügte ich W.-S. 1890/91 meiner Militairpflicht mit der Waffe. Die letzten Semester verbrachte ich in Kiel, daselbst bestand ich das medicinische Staatsexamen am 13. März 1893; das Rigorosum am 20. März 1893.

Vom 1. Juli 1893 bis 11. Februar 1894 diente ich als einjähriger-freiwilliger Arzt bezw. Unterarzt bei der Kaiserlichen Marine zu Kiel. Ich bin Assistenzarzt II. Cl. der Marinereserve. Seit Mai 1893 bin ich Volontär-Assistent am hiesigen pathologischen Institute.